

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 décembre 1899, à 1 heure

PAR

Albert CAILLEUX

Ancien Externe des Hôpitaux de l'Université de Paris

RECHERCHES

SUR LE TRAITEMENT DES MÉTRITES

PAR LE PROTARGOL

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. { *POUCHET, Agrégé.*
VARNIER, Agrégé.
ANDRÉ, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

128
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 décembre 1899, à 1 heure

PAR

Albert CAILLEUX

Ancien Externe des Hôpitaux de l'Université de Paris

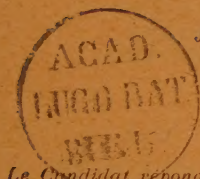
RECHERCHES

SUR LE TRAITEMENT DES MÉTRITES

PAR LE PROTARGOL

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. {
POUCHET, Agrégé.
VARNIER, Agrégé.
ANDRÉ, Agrégé.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique d'Accouchement

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Le but que nous nous sommes proposé dans cette thèse inaugurale est de mettre en lumière l'action du protargol comme spécifique de l'infection blennorrhagique et comme antiseptique en général dans l'inflammation aiguë de l'utérus, d'origine blennorrhagique ou non, et dans les phlegmasies anciennes de cet organe.

Nous devons personnellement quelques succès au protargol dans un certain nombre de cas de blennorrhagie uréthrale chez l'homme que nous avons eus à traiter en dehors de l'hôpital.

Depuis, nous ne sommes pas restés étrangers aux travaux et publications parues en Allemagne et en France sur les propriétés de ce produit qui n'est encore connu que du petit nombre des praticiens.

A même d'utiliser ce remède dans les nombreuses affections utérines que nous avons été appelés à traiter chez notre si sympathique maître le docteur de Beurmann. Nous avons essayé, secondés en cela par nos

collègues du service, d'appliquer le protargol à des métrites d'origine diverses et d'aspect bien différent.

Les premiers essais ont donné toute satisfaction et c'est encouragé par ces débuts, qu'après bien des tâtonnements, nous sommes arrivé aujourd'hui à pouvoir énumérer les indications du traitement et la méthode qui nous a paru la meilleure.

Nous placerons en première ligne quelques notions sur les lésions anatomo-pathologiques de la métrite.

Passant d'une manière rapide sur la série des traitements préconisés contre les métrites, nous dirons comment nous avons été amené à fixer notre choix sur le protargol.

Nous essayerons ensuite, en quelques mots, d'esquisser la physionomie chimique du protargol et de résumer ces expériences et les essais cliniques dont les résultats ont valu à ce médicament des applications déjà nombreuses.

Puis nous décrirons la méthode adoptée dans les observations que nous avons fait suivre.

La critique et la discussion des observations nous amèneront à tirer nos conclusions.

Nous nous faisons un devoir de suivre les bonnes traditions de l'Ecole en profitant d'une occasion qui ne sera pas, nous l'espérons, la dernière, de manifester à nos maîtres l'expression de toute notre reconnaissance.

Nous n'avons pas oublié les merveilleuses leçons cliniques du professeur Tillaux qui a bien voulu nous accueillir à notre entrée dans le monde médical pour

nous initier aux secrets de la grande et prudente chirurgie, et nous pouvons dire que beaucoup d'entre ces leçons sont entrées dans notre mémoire d'une façon ineffaçable.

Au docteur Reclus qui professe la chirurgie avec tant de cœur et de dévouement, merci, pour beaucoup de peine prise à nous apprendre la chirurgie antiseptique et conservatrice.

Au docteur Polaillon, au docteur Gouraud, nous devons ici des remerciements pour nous avoir fait tirer bon profit de notre stage hospitalier.

Nous devons au docteur Robin et à ses précieuses leçons cliniques une grande part de nos connaissances en thérapeutique.

Nous nous rappelons toujours la bonne année d'externat que nous avons passée dans le service du docteur Landrieux, chez qui nous avons puisé les premiers éléments de gynécologie médicale et complété nos études de médecine générale.

La bienveillance du docteur Félizet, l'accueil cordial qu'il nous a fait à notre entrée dans son service, nous font un devoir de lui en exprimer ici toute notre gratitude.

A notre maître d'aujourd'hui, le docteur de Beurmann, nous devons le sujet de notre thèse et à ses leçons autorisées les notions que nous avons acquises en vénéréologie et en gynécologie, et nous sommes heureux de pouvoir lui en exprimer ici toute notre reconnaissance.

Que M. le professeur Pinard reçoive l'hommage de nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

Nous n'avons pas l'intention de retracer ici le tableau clinique de la métrite qui n'aurait d'ailleurs pas sa place dans un travail où nous ne voulons apporter que quelques observations qui nous amènerait à des vues un peu spéciales sur le traitement des métrites.

Pour préciser un peu ce terme de métrite dont l'acception est si vague et qui néanmoins désigne un état inflammatoire de l'utérus, nous montrerons comment les divisions si nombreuses de cette affection peuvent se ramener à une formule générale :

La métrite est l'inflammation de l'utérus.

Dans la majorité des cas, le vagin est la porte d'entrée de l'infection, ce qui fait que le processus inflammatoire atteint d'abord le col, puis, le corps. Il y a déjà lieu de distinguer deux métrites : métrite du col et métrite totale.

L'inflammation de la matrice, comme toute inflammation peut affecter une marche rapide : c'est la métrite aiguë; une évolution lente : c'est la métrite chronique. La forme aiguë précède généralement la forme chronique.

Les lésions peuvent être légères ou profondes d'où les noms de métrite catharrale ou endométrite, de métrite chronique ou parenchymateuse ou interstielle.

Les divisions sont aussi nombreuses que les auteurs qui ont abordé ce sujet, et leur nomenclature n'ajouterait aucun intérêt à notre sujet.

Mais ce sont bien plutôt là les modalités différentes d'une même infection, et, nous nous en tiendrons, au point de vue anatomo-pathologique et au point de vue clinique, à la division en métrite du col et métrite totale.

En vue des indications du traitement, nous aurons à faire le diagnostic étiologique et le pronostic de guérison ne sera pas le même pour la métrite d'origine blennorrhagique et pour la métrite d'origine puerpérale.

Nous laissons de côté cette seconde variété qui serait plutôt une septicémie utérine.

Nous citons pour mémoire la métrite syphilitique, objet de thèses et de publications qui ont paru il y a quelque vingt ans, en lui faisant cette objection que le terme même de la métrite est l'équivalent d'inflammation.

D'ailleurs, nous n'avons jamais vu la syphilis être une aggravation aux métrites et en enrayer le traitement, pas plus que le traitement spécifique n'a la vertu d'améliorer la métrite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des métrites est en somme à peu de chose près la même dans toutes les variétés d'infections si nous en exceptons la métrite puerpérale à son début.

Dans toutes ces variétés les altérations morbides portent de préférence sur la muqueuse. Mais tandis que, dans telle forme comme la métrite hémorrhagique par exemple, les lésions portent sur le stroma : tissu conjonctif et capillaires de la muqueuse, dans telle autre métrite du col par exemple, ce sont les glandes qui sont le plus atteintes, dans d'autres formes enfin, comme la métrite catharrale, les glandes et le stroma sont à peu près indemnes, l'épithélium seul est le siège de l'inflammation.

Le tissu musculaire utérin subit rarement les atteintes de la maladie ; car, même dans la métrite parenchymateuse où il semble que tous les tissus soient l'objet de l'infection, les altérations se réduisent à la pénétration de quelques tubes glandulaires et de quelques faisceaux conjonctifs hypertrophiés. Dans la

majorité des cas il se forme sous la muqueuse, ou dans les couches les plus superficielles du tissu musculaire utérin, une zone d'infiltration embryonnaire qui protège les parties sous-jacentes.

En somme à part certains cas de métrites du col où les lésions sont considérables où il y a de grosses hypertrophies glandulaires, des altérations avancées du tissu conjonctif de la muqueuse où l'on constate la formation de petits kystes ou œufs de Naboth et des ulcérations très profondes, cas justiciables d'un traitement exclusivement chirurgical, les lésions de l'utérus dans la métrite sont le plus généralement peu profondes et dans le plus grand nombre des cas, les glandes sont intactes et l'épithélium prend la plus grande part à l'infection ; l'altération histologique la plus souvent observée est la dégénérescence des cellules épithéliales qui de cylindriques ou vibratiles peuvent se transformer en cellules caliciformes.

La grande facilité d'infection de la muqueuse est due en grande partie à la fragilité et à la grande vascularisation de l'épithélium et ce qui explique pour une bonne part l'excessive sensibilité à l'inflammation de l'utérus de la vierge, même quand la cause en reste obscure, c'est la plus grande fragilité des épithéliums du vagin et de l'utérus de la femme non nubile et c'est leur plus grande propension à la congestion.

La métrite reconnaît toujours un agent infectant, et, de fait, l'observation clinique justifie pleinement cette manière de voir.

Pourtant, malgré les nombreuses tentatives qui en

ont été faites, les recherches bactériologiques n'ont encore rien donné de positif.

D'après quelques auteurs l'écoulement utérin dans le métrite serait exempt de microbes. Ceux qui ont été signalés par certains chirurgiens (1) proviendraient du vagin où ils auraient été glanés pendant la récolte de l'exsudat à examiner.

Pour nous, ayant vu quelques cas de métrites succédant à une blennorrhagie constatée, nous avons cherché si nous ne pourrions trouver des gonocoques, dans l'utérus.

Le mucus utérin était prélevé de préférence dans le fond de l'organe après nettoyage et antisepsie aussi complète que possible du vagin. Nous n'avons jamais rien trouvé, et M. le Dr Oscar de Petersen, professeur à l'institut clinique impérial de la grande duchesse Helena Paulovna, qui nous fit l'honneur de visiter le service à son retour du congrès de Bruxelles et a bien voulu s'intéresser à nos recherches, nous confirmant dans notre opinion, nous dit qu'ayant fait lui-même de nombreux examens bactériologiques dans le même sens il n'avait jamais trouvé de gonocoques.

Un fait d'observation semble trouver sa place ici : La goutte militaire, où on n'a pu décèler le gonocoque est une des causes les plus fréquentes des métrites des nouvelles mariées ; mais cette infection n'est plus sans danger pour l'homme qui en est la cause et il peut en retirer pour lui-même le bénéfice d'une blennorrhagie aiguë où l'on trouvera des gonocoques.

(1) DUPLAY et CAZIN. Traité de Chirurgie Duplay et Reclus.

APERÇU HISTORIQUE DU TRAITEMENT DES MÉTRITES

Le traitement des métrites a toujours été, et, est encore à notre époque, jé veux parler des trente dernières années ou la gynécologie a pris une place importante dans les sciences médicales, une chose très discutée; car si la plupart des gynécologistes sont d'accord au sujet du traitement des formes graves de la métrite aiguë, il est loin d'en être de même pour la métrite chronique; le nombre et la variété des pansements proposés prouvent leur peu d'efficacité.

Une rapide revue de ces médications, de leurs avantages et de leurs inconvénients nous amènera à exposer pourquoi nous avons été conduit à essayer le Protargol et pourquoi nous avons préféré notre méthode à toute autre.

Pour la métrite aiguë le repos au lit, les grandes injections vaginales très chaudes, les cataplasmes chauds ou les applications de glace sur le ventre, dans quelques cas les émissions sanguines soit par des sangsues sur le ventre ou au col utérin soit par les scarifications du col jointes à une médication interne

symptomatique amèneraient dans un certain nombre de cas la régression ou la disparition des symptômes.

Mais pour la métrite chronique l'embarras devient plus grand :

On espéra que les grands lavages intra-utérins pratiqués à l'aide de la sonde à double courant avec des solutions antiseptiques faibles acide phénique, sublimé, permanganate, etc., amèneraient une guérison rapide. Les résultats n'ont pas répondu à l'attente. Des améliorations, des guérisons même, auraient été obtenues par ce procédé, mais après un long traitement.

Nous devons avouer que de nombreux essais faits dans le service nous ont convaincu du peu d'efficacité de ce procédé qui ne nous donna aucune guérison, même après un traitement de plus de trois mois.

Les solutions faibles de Protargol ont été aussi essayées en lavages intra-utérins dans le service du docteur Régnier à Lariboisière et n'ont pas donné tout ce qu'on en attendait.

Le drainage de la cavité utérine amena de meilleurs résultats, Schwartz fut l'initiateur de cette méthode, que préconisèrent tour à tour Walton, Doléris, Lefour, Auvard, Fritsch, Chéron, Bonnaire, etc. ; les drains les plus divers furent employés : fils de verre, tubes de caoutchouc, tiges métalliques cannelées, fils d'amiante, de catgut, soies de sanglier, crins de cheval, etc. Mais on n'eut pas encore là un procédé de choix. Nous avons quelquefois employé le drainage par les mèches de gaze iodoformée. Mais seulement quand nous avions une amélioration très nette par notre traitement et dans le but d'éviter une réinfection de l'utérus.

Les caustiques furent surtout employés par les praticiens allemands qui s'adressèrent à une foule de substances les unes solides et les autres liquides.

Des caustiques solides celui qui donna les meilleurs résultats fut la pâte de Canquoin qu'employèrent Dumontpalier et Polaillon.

On peut reprocher à tous ces médicaments dont le but est de détruire la muqueuse utérine d'être très douloureux, d'exposer à des rétractions utérines, à des oblitérations de la cavité ou des trompes ; ce qui exposerait les malades aux accidents d'inflammation des annexes et à la péricérite.

La méthode des caustiques solides, enfin, ne peut donner au praticien aucune certitude sur l'effet produit sans être plus efficace que d'autres médicaments moins dangereux.

Les caustiques liquides plus faciles à manier donnent de meilleurs résultats :

Teinture d'iode, perchlorure de fer, acide phénique, nitrique, nitrate acide de mercure, etc., eurent tous tour à tour leurs feryents.

Quelques-uns de ces traitements furent même déclarés supérieurs au curettage et sont encore dans l'usage courant en Amérique.

Les crayons médicamenteux intra-utérins sont bien infidèles : leur fabrication très irrégulière fait qu'ils se dissolvent trop vite ou pas du tout.

Alors ils occasionnent des coliques utérines très douloureuses et nécessitent, pour être maintenus en place, le bourrage du vagin par de gros tampons.

Le curettage est de l'avis des chirurgiens le traitement de choix, mais il n'est efficace qu'autant que toute la muqueuse a été enlevée, et puis c'est une opération délicate que tous les praticiens ne sont pas à même de mener à bien. Néanmoins dans le cas de métrite hémorrhagique et puerpérale il constitue l'indication de choix.

Enfin, et pour clore la série déjà longue des méthodes employées avec un succès plus ou moins grand contre les métrites, nous dirons quelques mots du traitement qui consiste à porter au fond de l'utérus, à l'aide d'un tampon de ouate, une solution antiseptique et modificatrice.

Le nitrate d'argent à faible dose, la glycérine créosotée, les astringents, le naphitol camphré, l'huile créosotée, la glycérine, le salol camphré ont donné par ce procédé d'excellents résultats.

Les essais faits dans le service furent assez encourageants pour faire adopter ce traitement qui, à son efficacité indubitable, joint les grands avantages de n'être pas dangereux, peu ou pas douloureux — Toutefois on peut lui faire le reproche d'être long et c'est cette longueur du traitement qui nous amena à chercher s'il ne serait pas possible d'employer un antiseptique moins irritant qui possédât un pouvoir égal.

Les brillants résultats obtenus à l'aide du protargol dans le traitement des affections des voies urinaires en particulier et comme antiseptique en général, sa parfaite innocuité et sa grande solubilité nous le font choisir par nos essais.

LE PROTARGOL. — PROPRIÉTÉS CHIMIQUES

Le protargol est une poudre jaune rougeâtre, sans odeur, de saveur amère et astringente, très soluble dans l'eau, de préférence dans l'eau froide ou tiède ; (solubilité de 50/100 environ). Ses solutions ont une couleur très variable selon leur titre : à 1 gramme pour 2000, elles sont jaune clair et limpides, à 10/100 elles ont la couleur d'une dissolution de cacao.

Les solutions sont très stables et ne sont pas décomposées par la lumière.

Ce produit, découvert et préparé en 1897 par Eichen-grün, est une combinaison d'argent métallique avec un corps protéique : c'est un protéinate d'argent.

Ses propriétés, essentiellement pratiques pour son usage dans la thérapeutique, sont de n'être point précipité par le chlorure de sodium qui existe en solution naturelle dans les tissus et de ne point précipiter l'albumine des mêmes tissus.

C'est là qu'il diffère du nitrate d'argent qui, pour être un excellent antiseptique, ne peut avoir la même action pénétrante du protargol. En effet, qu'arrive-t-il après un injection vésicale de nitrate d'argent ?

Il arrive que le nitrate est précipité par le chlorure de sodium de l'urine et des parois vésicales. Il se forme un chlorure d'argent insoluble dont on peut constater la présence quand le liquide est expulsé de la vessie. L'injection limpide avant son entrée sort laiteuse, opalescente.

Qui donne aux ulcérations cautérisées au crayon cette apparence blanchâtre diphtéroïde si ce n'est la coagulation de l'albumine des tissus et la formation simultanée de chlorure d'argent ?

Joignons à ce bénéfice d'une plus grande pénétration le mérite, non moins appréciable, d'être moins irritant que le nitrate d'argent (1).

La meilleure méthode pour obtenir la solution complète et rapide consiste à dissoudre dans un verre d'eau froide la quantité de protargol qui doit entrer dans la solution en l'agitant avec une baguette de verre jusqu'à complète disparition des grumeaux. On ajoute ensuite la quantité d'eau voulue pour le titre de la solution, que l'on veut obtenir.

La formule du protargol n'est pas encore déterminée d'une façon précise mais il est bon de savoir qu'il renferme 8 % d'argent métallique. Le nitrate d'argent en contient 63 %.

(1) Consulter à ce sujet les expériences du docteur Benario sur les muqueuses conjonctivale et gastrique des lapins. Le protargol n'a pas empêché la digestion de se faire normalement.

PROPRIÉTÉS ANTISEPTIQUES

C'est au professeur Neisser que revient l'honneur d'avoir cliniquement découvert les propriétés antiseptiques et antigonococciques du protargol. Nous citerons ensuite Benario de Francfort, Barlow de Munich et Goldenberg.

Les conclusions des expériences de Neisser de Breslau sont que *cliniquement* les solutions de protargol ont un pouvoir désinfectant supérieur à celui des solutions correspondantes de nitrate d'argent de l'argentamine (1) et de l'argonine (2) : le pouvoir bactéricide du protargol se montre d'une manière remarquable en qui ce concerne le gonocoque.

Sur des rates de souris mortes du charbon, le protargol produit une désinfection des tissus malades beau-

(1) Argentamine, succédané du nitrate d'argent (Schœffer 1894), solution d'éthylène, diarmine phosphate d'argent renferme 6,35 % d'argent.

(2) Argonine de Liebrecht, antiseptique non caustique caséinate d'argent.

coup plus active que le nitrate d'argent en concentration cliniquement comparable.

Voici pour le bacille charbonneux, un tableau résumé, d'après Bouchard, de la puissance microbicide comparative des meilleurs antiseptiques.

Acide formique.....	0,06
Formol.....	0,04
Sublimé corrosif.....	0,07
Naphtol α	0,12
— β	0,13
Protargol.....	0,24
Phénol.....	0,08
Thymol.....	0,08
Créosote.....	1,00
Iodoforme.....	4,00

Empêchent le développement du bacille charbonneux dans 10 centimètres cubes de bouillon.

Nous empruntons à la thèse du docteur Lucien Girard ses conclusions sur le pouvoir antiseptique du protargol tirées d'expériences personnelles.

« En résumé, à l'étuve 6 ou 8 décigrammes de protargol par litre sont nécessaires pour empêcher la putréfaction d'un litre de bouillon; dans les conditions ordinaires de température, fait bien plus intéressant, 4 décigrammes par litre suffisent.

« Nous pourrions donc dès à présent considérer le Protargol comme une substance très fortement antiseptique et lui attribuer un rang, dans le tableau de Miquel, entre l'acide cyanhydrique et le brome ou plus exactement l'iodoforme ».

TABLEAU DE MIQUEL

Indiquant la plus petite quantité de solution antiseptique empêchant la putréfaction dans un litre de bouillon :

1^o SUBSTANCES ÉNORMÉMENT ANTISEPTIQUES

Sublimé.....	0,07
Nitrate d'argent.....	0,08
Iodure de mercure.....	0,025
Iodure d'argent.....	0,03
Eau oxygénée.....	0,05

2^o SUBSTANCES TRÈS FORTEMENT ANTISEPTIQUES

Acide osmique.....	0,15
Acide chromique.....	0,20
Chlore.....	0,25
Iode.....	0,25
Trichlorure d'or.....	0,25
Chlorure de platine.....	0,30
Acide cyanhydrique.....	0,40
Protargol (à l'air libre).....	0,40
Iodure de cadmium.....	0,50
Brome.....	0,60
Protargol à l'étuve.....	0,60
Iodoforme.....	0,70
Chlorure de cuivre.....	0,70
Chloroforme.....	0,80
Sulfate de cuivre.....	0,90

Nous n'insisterons pas davantage sur les propriétés antiseptiques du protargol, démontrées surabondamment par des savants autorisés, d'autant que personnellement nous n'avons recueilli en vue de cet ouvrage que des *observations cliniques*.

EMPLOI DU PROTARGOL EN THÉRAPEUTIQUE

Le protargol est entré d'hier dans la pharmacopée et pourtant déjà longue est la série des essais qui ont été faits pour définir son pouvoir bactéricide, déjà nombreuses sont les applications cliniques qui sont le corollaire de ces essais.

L'historique complet de ces expériences, de ces applications cliniques nous entraînerait beaucoup trop loin et pourrait être fastidieux; nous nous contenterons d'un simple et rapide coup d'œil sur ce qui a été fait dans cet ordre idées.

Neisser, le premier, en 1897, étudia sur les cultures de divers microbes : (*Bacillus prodigiosus*, *staphylococcus aureus*, bacille de la diphtérie, du charbon, du choléra entr'autres) l'action du protargol se servant dans ces expériences, comme termes de comparaison, d'antiseptiques variés et en première ligne le nitrate d'argent, corps qui se rapprochait le plus sous le rapport chimique du protargol. Il conclut à l'équivalence de ce dernier au nitrate d'argent au point de vue antiseptique

mais en lui donnant la préférence pour la commodité de son emploi.

Benario, répétant les mêmes expériences, arrive au même résultat, mais, néanmoins, conclut en faveur du nitrate d'argent, comme puissance microbicide ; il tente d'appliquer le protargol à la guérison de la blennorrhagie et les résultats qu'il obtient sont assez brillants pour lui créer de nombreux imitateurs.

M. Paul Noguès, en 1898, rapporte vingt-cinq observations, suivies de guérison après un traitement variant de 6 à 25 jours ; il insiste particulièrement sur l'inutilité des solutions fortes qui ne donneraient pas de meilleurs résultats que les solutions à 1 ou 2 pour 100 sur l'indolence à peu près complète du traitement sur la guérison rapide des uréthrites dans lesquelles on peut retrouver le gonocoque et préconiser les instillations dans les cas d'urétrite chronique.

M. Desnos expérimente les instillations dans les cas d'uréthrites chroniques anciennes. Malgré quelques insuccès il conclut à l'efficacité certaine du protargol et à la généralisation de son emploi.

Depuis, les travaux se multiplient et nombreux sont les praticiens qui ont utilisé et utilisent journellement avec succès le protargol dans le traitement de l'urétrite blennorrhagique. Citons seulement pour mémoire la thèse de Joseph Thomas (Paris 1899), et les travaux de Barozzi (Paris, 1899) de Henri Fournier, de Darier, de Pergen (Bruxelles), de Blockinewski, de Dam, etc., etc., qui résument en partie tout ce qui a été tenté avec le protargol dans les maladies de l'urèthre dues au gono-

coque. La puissante action bactéricide du protargol, les excellents résultats qu'on obtient par son emploi dans la blennorrhagie, sa spécificité contre le gonocoque qui commençait à s'affirmer firent tenter de l'appliquer à l'ophtalmie blennorrhagique due au même agent : le gonocoque.

Darier commença le premier ces essais et en obtint les meilleurs résultats, qui sont consignés dans la thèse de Lucien Girard (Paris, 1898), et dans un travail de Valençon.

De nombreux adeptes surgirent de toutes parts et bientôt, en présence de l'efficacité manifeste du protargol, on étendit son application.

Aujourd'hui ce médicament est considéré comme l'antiseptique de choix en ophtalmologie et regardé comme un des moins dangereux ; c'est là surtout qu'éclate la supériorité du protargol sur le nitrate puisqu'il supprime la douleur qui résultait de l'application de ce dernier, puisqu'il est moins irritant et qu'il n'est pas corrosif.

On essaie dès lors d'étendre les applications du protargol à la chirurgie et il faut dire que les résultats obtenus ont été satisfaisants.

Valençon rapporte dans sa thèse un certain nombre de cas où il l'a employé comme antiseptique général : ulcères variqueux, épithéliomas et herpès (1).

(1) Au moment de confier notre thèse à l'imprimeur nous avons entre les mains la thèse du Dr L. Bouvy (Paris, 1899) sur la blennorrhée vulvo-vaginale des enfants, affection contre laquelle l'auteur nous dit avoir eu les meilleurs résultats par les injections vaginales à la seringue avec une solution de protargol à 2 %, et les lavages vaginaux à 1 gr. pour 1000.

Nous connaissons les propriétés chimiques et cliniques du protéinale d'argent.

Abordons maintenant l'exposé de la méthode qui nous a permis d'obtenir de l'emploi de ce médicament les résultats qui nous ont encouragé à entreprendre ce travail.

EXPOSITION DU TRAITEMENT

Le traitement consiste en l'écouvillonnage quotidien de la cavité utérine à l'aide d'une tige métallique à extrémité mousse ou olivaire revêtue d'un manchon de ouate imprégné d'une solution de protargol au dixième.

L'instrumentation est celle de la gynécologie courante; il suffit d'avoir à sa disposition le spéculum, l'hystéromètre, le dilatateur, de préférence le dilata-teur à trois branches, les bougies d'Hégar, les pinces à pansements vaginaux, la pince de Pozzi.

L'hystéromètre doit être choisi flexible et il est bon qu'il soit argenté : l'hystéromètre en cuivre ou en métal précipite l'argent des solutions.

Cet instrument peut être remplacé, et doit même l'être dans certains cas de pénétrabilité du col difficile, par des stylets à extrémités mousses en métal argenté flexible.

Toute la méthode se résume en quelques mots :

- 1° Préparation de la malade;
- 2° Dilatation du col;
- 3° Ecouvillonnage;
- 4° Pansement isolant;
- 5° Prescriptions d'hygiène à observer pendant la durée du traitement.

I. — PRÉPARATION DE LA MALADE

Ce que nous entendons par préparation de la malade, ce sont les premiers soins de propreté indispensables en pareil cas ; c'est le nettoyage à fond du vagin dans ses moindres replis par le savonnage méthodique de ses parois, par les injections très chaudes au permanganate souvent répétées, deux ou trois fois par jour, pour diminuer ou faire disparaître ces cultures de tous les microbes qui pullulent dans le vagin ; c'est lutter contre la blennorrhagie, si c'est le cas, et par les procédés des injections vaginales chaudes et des lavages vésicaux que nous avons pratiquées au protargol et au nitrate d'argent ; c'est déterger la vulve, améliorer les érosions papules, etc., si c'est le cas d'une syphilitique par le traitement approprié.

Il est bon de pratiquer le nettoyage du vagin avec l'index et le médium, armés de la canule de l'irrigateur, ce qui joint à l'action mécanique des doigts qui frottent les parois, l'irrigation du vagin.

En un mot, c'est débayer ce qui peut entraver notre action sur l'utérus.

Alors seulement nous jugerons de l'écoulement utérin, de sa qualité, de sa consistance, de sa coloration et de son abondance.

Un tampon sec, assez volumineux, placé la veille, recueillera le pus et les mucosités. C'est le moment où nous notons la qualité et la quantité de l'écoulement ; l'orientation, les dimensions, la profondeur de la cavité utérine. C'est le début du traitement.

II. — DILATATION DU COL.

Manié avec la plus grande prudence l'hystéromètre nous a donné les renseignements précieux à retenir pour les pansements futurs, de l'orientation et de la profondeur.

Quelquefois, malgré l'ensemble des signes qui nous font porter à coup sur le diagnostic de métrite totale, nous avons éprouvé les plus grandes difficultés à franchir l'orifice interne qui, par rétraction ou cicatricielle ou spasmodique (ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent), s'oppose absolument au passage de l'hystéromètre qui nous donne invariablement quatre centimètres.

Nous recourons alors aux bougies d'Hégar : l'isthme est franchi, puis dilaté avec lenteur et douceur; on peut laisser de côté la bougie d'Hégar pour le dilateur, et, patiemment le résultat est obtenu. La dilatation sera toujours faite d'une façon lente et progressive et aussi complète que possible pour n'avoir plus à y revenir.

Nous n'insisterons pas trop sur la grande prudence à observer dans ces sortes de manipulations. La pince à utérus ne devra être employée qu'avec modération; il est des cas où elle n'est pas indispensable.

Nous pensons qu'en l'espèce, tout traumatisme d'une partie quelconque de l'organe est toujours une cause de retard dans la guérison, d'autre part, les observations

abondent de perforations utérines par l'emploi brutal ou intempestif de l'hystéromètre sur une matrice plus ou moins altérée.

III. — ÉCOUVILLONNAGE

Le col est dilaté largement, un hystéromètre ou un stylet mousse, autour de l'extrémité duquel nous aurons roulé un peu de ouate hydrophile après avoir préalablement donné à la tige métallique la courbure la plus propice, sera l'instrument de choix qui balayera les mucosités et les fongosités qui s'opposeraient au contact intime de la matière médicamenteuse (1) avec la muqueuse.

Nous promenons l'instrument sur tout le pourtour de la cavité utérine; ramené au dehors, il est plus ou moins chargé de mucus de pus ou de sang; quand on juge que la détersion n'est pas suffisamment complète il faut répéter ce tour de main une seconde et même une troisième fois.

Un autre hystéromètre monté du semblable manchon de ouate est trempé dans la solution à 10 % de protargol et introduit directement dans l'utérus. Il est important de ne pas exprimer le tampon de ouate contre

(1) Nous mentionnons dans les observations l'emploi du carbonate de soude. Nous nous basions sur les propriétés de ce corps qui en font un dissolvant des graisses.

L'hystéromètre monté de ouate était trempé dans une solution de carbonate de soude.

les parois du col et pour cela d'aller droit au fond de l'utérus sans hésitation.

De même qu'avec le tampon sec nous visitons soigneusement la cavité utérine qui est toujours agrandie dans le cas de métrite.

Il est préférable de monter et de préparer les tampons à l'avance. Ce soin a le double avantage de rendre l'opération plus commode, d'abréger le temps du pansement et d'éviter toute possibilité de réinfection.

On a mentionné dans les observations qui suivent l'emploi de crayons aux protargol et la pratique des instillations à dose élevée.

La manière d'employer les crayons ne diffère pas de celle des crayons médicamenteux fondants.

Voici la formule à laquelle nous nous sommes arrêtés :

Protargol, 10 grammes.

Gomme pulvérisée, 0 gr. 50.

Eau distillée, glycérine, quantité suffisante pour dix crayons.

Les crayons représentent un gramme de substance active. Le plus souvent, un seul crayon divisé en deux parties égales a été employé en deux séances. Cette forme du protargol n'a été essayée dans le service que dans deux cas où le traitement par l'écouvillonnage à la solution au 1/10 n'amenait pas d'amélioration.

L'instillation de la solution faite à 1/5 nous a donné d'excellents résultats, dans des cas de métrite ancienne fongueuse; on l'a pratiquée avec la seringue à instillation du professeur Guyon.

Jamais nous n'avons employé seuls et les crayons et les instillations, mais toujours combinés aux attouchements intra-utérins avec la solution à 1/10.

Dans toutes nos observations sauf une (malade du dehors pansée tous les deux jours), les pansements ont été faits quotidiennement.

Mais nous croyons que l'écouvillonnage, pratiqué tous les deux jours, serait suffisant et ne retarderait que peu ou point la guérison.

IV. — PANSEMENT ISOLANT

Dans le but d'isoler les deux cavités utérines et vaginales nous avons essayé deux procédés :

Le premier consistant après l'application du protargol à bourrer le vagin de tampons et à le laisser bourré jusqu'au lendemain.

Le second, consistant bien à mettre un tampon glycéринé, mais de plus, à introduire dans l'orifice et la cavité du col une mèche de gaze iodoformée : on permet à la malade de se débarrasser du tampon le soir et de prendre deux injections, une le soir et l'autre le matin avant le pansement ; nous lui recommandons de ne pas ôter la mèche de gaze iodoformée.

Cette dernière manière de faire nous a paru la meilleure, puisqu'au bénéfice des tampons elle apporte celui des injections et assure quand même l'isolement de l'utérus.

Elle constitue au surplus un excellent mode de drainage.

V. — HYGIÈNE ET MÉDICATION

Nous en arrivons aux prescriptions d'hygiène, de régime et de médication.

Toute l'hygiène se résume à deux mots : propreté et repos.

La plus grande propreté de la vulve et du vagin nous permet de faire nos pansements avec plus de sécurité. Il faut apprendre aux femmes à se donner des injections. L'irrigation vaginale doit être pratiquée dans le décubitus dorsal avec l'appareil à douches vaginales.

On donne encore les bains de siège avec le spéculum grillagé.

Nous prescrivons les injections au permanganate à un gramme pour deux litres ou au sublimé au 1/4000.

Le repos au lit constitue la meilleure médication, mais aussi la plus difficile à faire exécuter ; c'est ce que nous avons le plus de peine à obtenir de nos malades de Broca, puis viennent en corollaire la cessation absolue de rapports sexuels et de toute excitation génésique : la masturbation serait, d'après Auvard, une des causes de l'apparition et du maintien d'un état congestif de l'utérus.

Je n'insisterai pas sur le régime ; c'est une question qui s'écarte quelque peu du sujet et nous aurions long à dire sur les modifications purement rationnelles du régime selon la cause à combattre : bacillose, anémie, chlorose, blennorrhagie, syphilis.

La médication interne sera instituée par le praticien

pour lutter contre les causes de déperdition ou d'amoindrissement de la vitalité.

Les iodures de fer et de potassium sont dans presque tous les cas d'une utilité incontestable.

Les solutions arsénicales ont leurs indications spéciales.

Il ne faut pas rejeter l'emploi des balsamiques qui, pour n'influer en aucune façon sur les sécrétions utérines, peuvent rendre de grands services en combattant la cystite et les douleurs de la miction.

Nous lutterons contre l'élément douleur et l'insomnie en leur opposant, selon les cas, les stupéfiants, les anesthésiques et les analgésiques.

Ceci rentre dans le cadre de la thérapeutique et n'a qu'un rapport plus éloigné avec notre thèse.

Suivent les quelques observations personnelles de métrites que nous avons été à même de recueillir dans le service, depuis le mois de mai, 1899.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Endométrite aiguë totale.*

(Salle Frocastor. Lit n° 2, 12 avril 1899).

La nommée Lucie L..., nourrice, entre à l'hôpital le 12 avril 1899, pour des pertes blanches très abondantes qui datent de huit jours et qui suivirent des règles prolongées. La malade attribue à la fatigue de son état de nourrice l'affection dont elle souffre. En réalité la cause est la blennorrhagie.

Avant de venir à l'hôpital, un médecin qu'elle a consulté lui a conseillé le repos absolu qu'elle vient chercher dans le service,

Réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans ; dernières règles il y a quinze jours.

La malade souffre dans le ventre et a une sensation de pesanteur avec douleurs qui s'irradient dans les cuisses.

Douleurs en urinant, envies fréquentes d'uriner, cystite.

Col un peu rouge et œdématié, sensible au toucher. Le corps de l'utérus est douloureux quand on le mobilise par le palper bimanuel,

L'hystéromètre pénètre de 7 cent. 1/2. Les pertes sont abondantes, muco-purulentes, blanchâtres, épaisses, en ruban gélatiniforme.

Pansement vaginal et urétral.

Le traitement utérin est institué le 15. Pas de déchirures. Le 18 on constate déjà de l'amélioration.

L'apparition des règles interrompt le traitement du 19 avril au 22.

Le 23, pansement au protargol, mèche iodoformée. Ce traitement est continué jusqu'au 30, époque à laquelle la malade sort guérie.

La guérison de la métrite a été confirmée depuis, la malade ayant été revue pour des manifestations syphilitiques secondaires.

OBSERVATION-II. — *Endométrite totale.*

(Salle Van Swieten. Lit n° 25, 20 mai).

La nommée Elise B..., âgée de 25 ans, domestique, entre à l'hôpital le 20 mai, pour une syphilis, une salpingite et une métrite ancienne d'origine puerpérale. La salpingite est fugitive: les douleurs ont cédé à un court repos, et, à la date de début du traitement, à peine constate-t-on un léger empâtement dans le cul-de-sac gauche, un peu douloureux. Mais, par contre, la métrite est intense, l'écoulement est vert, abondant, le col est petit, violacé, mou, déchiré transversalement, extrêmement douloureux. La malade perd depuis son accouchement, il y a un an. Elle a été curettée, mais non guérie. L'utérus est en antéflexion marquée, peu douloureux et peu mobile au palper bimanuel. L'hystéromètre joue facilement dans le canal cervico-utérin et accuse une profondeur de 8 centimètres.

On institue le traitement au protargol au 1/10^e, avec attouchements préalables de carbonate de soude en solution à 3 %.

Cautérisation du vagin avec une solution de nitrate à 1/50^e. Le 7 juillet, le col a meilleure apparence, toujours déchiré, il est plus rosé. Le traitement est interrompu pendant quelques jours par suite de l'apparition des menstrues. La leucorrhée est toujours abondante.

Le 11 juillet, amélioration sensible, beaucoup moins de leucorrhée.

Le 17 juillet, le col est rosé, le tampon est propre, l'écoulement n'est plus perceptible, la malade est considérée comme guérie. Nous avons pu suivre la malade jusqu'au 29 août, date de sa sortie, et son séjour à l'hôpital n'a été prolongé que par les exigences du traitement de sa syphilis. Il est inutile d'ajouter que les douleurs abdominales ont complètement cessé.

OBSERVATION III. — *Métrite parenchymateuse.*

(Salle Astruc. Lit n° 23, 13 juin 1899).

Marié C..., 22 ans, domestique, entre dans le service, le 13 juin 1899, pour syphilis et métrite d'origine blennorrhagique de date récente.

La malade se plaint de douleurs dans les reins et dans les membres inférieurs, de fatigue générale. Elle perd énormément en blanc, en jaune, quelquefois en rouge depuis trois semaines. Ces pertes sont si abondantes qu'elle est obligée de se garnir. Ces phénomènes, loin d'aller en diminuant, augmentent au contraire d'intensité de jour en jour. Les pertes sont surtout abondantes au moment des règles qui sont retardées et irrégulières.

Au spéculum, on voit un col gros mais de couleur et de consistance normale. Il n'y a ni érosions ni déchirures. La métrite est parenchymateuse. Il s'écoule du col un liquide d'abord transparent ou opaque puis muco-purulent, parfois même tout à fait purulent. Le ballotement imprimé à l'utérus réveille des douleurs dans le petit bassin.

Le 14 juin, elle est dilatée. Le traitement au protargol est institué. Il consiste dans l'écouvillonnage de la cavité utérine avec une solution de protargol au 1/20^e. L'orifice externe est bourré avec une mèche de gaze iodoformée.

Du 14 au 20 juin, pas d'amélioration notable.

Ecouvillonnage au protargol au 1/10^e. Même traitement du 27 juin au 2 juillet.

3 juillet. — Amélioration très manifeste, l'écoulement est clair et très peu abondant.

4. 5 juillet. — Rien à signaler, même traitement.

6. — Ecoulement presque tari. Même traitement. On applique un tampon glycérimé avec ordre à la malade de ne pas le retirer.

7. — En retirant le tampon on ne constate qu'une légère tache blanchâtre. L'utérus est sec et net, mais l'hystéromètre franchit difficilement l'isthme par suite de la rétraction de l'utérus. Il s'enfonce de 8 centimètres.

On décide de faire une légère dilatation, la malade refuse, et quitte le service le 15. La guérison pouvait être considérée comme obtenue. Rien à noter au col.

OBSERVATION IV. — *Endométrite totale.*

(Salle Astruc. Lit n° 20, 17 juin 1899).

La nommée Adèle R... entre à l'hôpital le 17 juin pour un bubon et une métrite ancienne datant de cinq mois. Elle se plaint de douleurs abdominales, de désordres gastriques et de lassitude inexpliquée. L'écoulement est assez abondant, glaireux, empoissant le linge. Origine probablement blennorragique. Le traitement est institué aussitôt après la guérison du bubon, c'est-à-dire le 27 juin.

A l'inspection, on trouve un col conique, dur, de couleur normale.

Au toucher, vagin chaud, utérus douloureux dont le corps est empâté. L'hystéromètre s'enfonce à 7 cent. 1/2.

27 juin. — Dilatation de l'utérus, écouvillonnage avec une solution de protargol au 1/10.

Le 28, après la dilatation, l'utérus a saigné très abondamment.

Même traitement du 28 juin au 3 juillet.

Le 3 juillet, amélioration quant à la quantité de l'écoulement.

Le 4, rien à signaler.

Le 5, l'écoulement utérin est incolore, muqueux, filant, mais ne se laissant plus étirer.

Le 8, la malade quitte l'hôpital. A son départ, l'écoulement est presque tari. A peine un léger mucus blanc sur le tampon en 24 heures. Col normal.

OBSERVATION V. — *Endométrite cervicale.*

(Salle Van Swieten. Lit n° 24, 22 juin 1899).

La nommée Amable C..., âgée de 22 ans. entre dans le service le 22 juin, pour des manifestations syphilitiques et pour une métrite ancienne, d'origine blennorrhagique.

Depuis plusieurs années déjà, elle a eu des troubles de menstruation, les règles apparaissent presque toujours en retard et sont accompagnées de douleurs lombaires intenses. On la met au traitement le 3 juillet.

Ecouvillonnage au carbonate de soude 3 %.

Ecouvillonnage au protargol au 1/40

Cautérisation du vagin au nitrate d'argent au 1/50.

Le 10 juillet on constate une leucorrhée très abondante, très verte, un col gros, dur, ulcéré, de couleur violacée.

Le corps ne semble pas malade mais augmenté de volume. Le canal cervico-utérin est rétréci, et l'hystéromètre ne rentre que difficilement. La dilatation est difficile.

Le 10 juillet, le tampon est taché de sang et de pus, le col est ulcéré, la muqueuse est en ectropion.

Le 12 juillet, le col est toujours gros, l'écoulement est légèrement verdâtre, un peu sanguinolent.

Le 17, le col est notablement diminué de volume, le tampon est moins sale.

Le 24 juillet, col presque normal, tampon humide, un peu vert ; la malade se trouve beaucoup mieux. Les ulcérations sont presque totalement guéries, l'ectropion a disparu. Le trai-

tement est interrompu par l'apparition des règles le 25 juillet. Elles durent jusqu'au 28. On reprend les séances jusqu'au 5 août, date où la malade sort guérie.

OBSERVATION VI. — *Endométrite cervicale*

(Salle Van Swieten. Lit n° 1, 27 juin).

La nommée Joséphine C..., entre à l'hôpital le 27 juin 1899 pour des accidents syphilitiques et une métrite de date récente, d'origine blennorrhagique.

Phénomènes généraux assez sérieux, courbature, gastralgie, douleurs de ventre, douleurs articulaires et manifestations syphilitiques secondaires. La malade est traitée pour la syphilis et la blennorrhagie pendant les trois premiers mois.

Le début du traitement date du 7 septembre. On trouve un col petit, douloureux, ulcéré, de consistance normale, de couleur violacée. Le 11 septembre, sous l'influence du traitement, la leucorrhée est moins abondante. Le corps n'est pas touché. Même traitement les 12, 13, 14 et 15. Le 16, l'amélioration s'accroît, la couleur du col est redevenue normale, les ulcérations du col ont presque totalement disparu.

Le 20 septembre, le mucus nous semble avoir une odeur fétide, le col est de couleur lilas. Le 25 septembre, la leucorrhée est moins fétide, l'amélioration s'accroît, le col est toujours lilas.

Le 28 septembre, tout est rentré dans l'ordre. L'orifice du col est net. Il n'y a plus trace de ruban gélatineux, le tampon est propre. C'est la guérison. La malade sort quelques jours après.

OBSERVATION VIII. — *Endométrite cervicale*

(Salle Astruc. Lit n° 3, 29 juillet).

La nommée Julie M..., 20 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital, salle Astruc, lit n° 3, le 29 juillet, pour une métrite

datant de trois mois, d'origine blennorrhagique. Phénomènes généraux extrêmement prononcés, troubles nerveux et digestifs. La malade ne peut plus marcher, cystite et vaginite. On traite la vaginite et la cystite par les injections et les écouvilonnages de l'urèthre au nitrate d'argent.

La guérison est obtenue. Ce n'est que le 4 septembre qu'est institué le traitement au protargol au 1/10.

L'état général est amélioré, il n'y a plus de douleur à la miction.

La couleur, la grosseur et la consistance du col sont presque normales.

L'écoulement est assez abondant : un ruban épais sort de l'orifice externe du col, difficilement détachable. Utérus de profondeur normale en latéro-version.

Dilatation commencée le 4 septembre. Col peu perméable.

Traitement au protargol du 4 au 14. Le 14, nouvelle dilatation, mèche iodoformée.

Le 18, apparition des règles, qui sont très abondantes. Le traitement cesse jusqu'au 22. Le 25 septembre, l'écoulement a presque disparu, l'amélioration est très marquée.

Le 28, le col est tout à fait normal, un peu pâle. L'état général est excellent. Peu ou pas d'écoulement.

Le 9 octobre, la malade sort guérie.

OBSERVATION VIII. — *Endométrite cervicale*

(Salle Astruc. Lit n° 10. 1^{er} août 1899).

Elisabeth C..., 24 ans, femme de chambre, entre dans le service le 1^{er} août, pour un chancre sur la petite lèvre gauche et pour des pertes très abondantes.

Les pertes remontent à un accouchement suivi de déchirure du périnée complète et de déchirure du col (accouchement à la clinique d'Assas, le 18 juin 1897).

Les pertes sont restées très abondantes depuis l'accouchement. Ces pertes sont muco-purulentes, surtout abondantes au moment des règles. Les règles douloureuses, durent une dizaine de jours. Métorrhagie, par de douleurs de ventre.

Le traitement est institué le 11 septembre.

Le col est gros, rouge, très érodé, saignant. Sa consistance est normale. Il est douloureux.

Badigeonnage intra-utérin au protargol au 1/10, badigeonnage externe du col à la teinture d'iode.

Crayons fondants de protargol dans l'utérus.

Le traitement est continué tous les jours pendant un mois, jusqu'au 11 octobre, date à laquelle la malade sort sur sa demande. L'amélioration était très notable et l'écoulement très diminué.

La malade, non guérie, est rentrée à l'hôpital trois semaines après avec une métrite intense et une salpingite due peut-être à une réinfection et probablement aussi à l'insuffisance de durée du traitement.

OBSERVATION IX. — *Endométrite cervicale*

(Salle Astruc. Lit n° 37, 18 août 1899).

Alice G..., blanchisseuse, 19 ans, entre à l'hôpital le 18 août 1899, pour une métrite datant de deux mois, d'origine probablement blennorrhagique quoique le pus ne contienne plus de gonocoques. La leucorrhée est assez abondante, le mucus, gélatiniforme, est difficile à enlever avec le tampon. Le col est légèrement gros, non douloureux au toucher, de couleur rosée, de consistance ferme.

La profondeur de l'utérus est normale.

État général : appétit diminué, lassitude, pesanteur dans le ventre.

Le traitement est institué le 19 septembre. La métrite s'achève vers la guérison, qui est complète le 20 octobre.

OBSERVATION X. — *Endométrite cervicale*

(Salle Van Swieten. Lit n° 13, 25 août 1899).

La nommée Jeanne M..., modiste, est entrée dans le service le 25 août 1899, pour une blennorrhagie avec vaginite et cystite, et une métrite récente. La vaginite et la cystite sont traitées avec succès par les injections au permanganate et les écouvilonnages au nitrate d'argent.

Phénomènes généraux prononcés. A l'examen, on constate un col petit, de consistance et de coloration normale. Ulcérations petites. Leucorrhée abondante, sanguinolente.

Corps utérin normal comme position et profondeur.

Le traitement de la métrite par le protargol est commencé le 7 septembre.

Jusqu'au 14 du même mois, l'état reste stationnaire. Le 18, il y a un progrès sensible du côté de l'écoulement, qui n'est plus sanguinolent et qui est beaucoup moins abondant.

Le 25, il n'y a plus de mèche ni de mucosités adhérentes au col; tout est rentré dans l'ordre.

La malade n'accuse plus de douleurs, trouve qu'elle va beaucoup mieux et demande à sortir.

Le traitement est continué jusqu'au 8 octobre. A cette date, la malade sort, malgré notre volonté, presque guérie.

OBSERVATION XI. — *Endométrite totale.*

(Salle Astruc. Lit n° 36, 2 septembre 1899).

Gabrielle A..., 22 ans, lingère, entre dans le service le 2 septembre 1899, avec le diagnostic de syphilides vulvaires papulo-érosives, et métrite ancienne. La malade dit n'avoir cessé de perdre en blanc depuis un an.

L'origine est obscure, la malade étant dans un couvent. Au toucher, le col est gros, douloureux ; le corps utérin, un peu augmenté de volume est dévié à gauche en antéversion normale. Le col n'a pas de déchirures, mais présente une large collerette érosive.

L'écoulement utérin est jaune, épais, collant et assez abondant.

L'hystéromètre pénètre de 7 cent. 1/2 et ramène des mucosités filantes.

Le 6 septembre, dilatation de l'utérus, écouvillonnage, badiageonnage au protargol au 1/10^e. Un tampon est placé dans le vagin.

Le 15, on constate que le col a diminué un peu de volume ; la couleur est normale, la leucorrhée, toujours épaisse, a notablement diminué en quantité.

Le 20 octobre, la malade sort, pour cause d'indiscipline, en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XII. — *Endométrite cervicale.*

(Salle Astruc. Lit n° 41, 7 septembre 1899).

La nommée Marguerite C..., domestique, entre salle Astruc lit n° 41 le 7 septembre pour une métrite de 6 mois d'origine blennorrhagique sûre.

L'examen révèle un col de consistance normale, de coloration rouge vif, un utérus en antéversion, de profondeur normale. Il n'y a pas de déchirures, mais la muqueuse est un peu ulcérée. On constate des pertes abondantes de couleur jaune verdâtre.

L'utérus est en antéversion, le corps est parfaitement mobile, l'hystéromètre ne rentre que difficilement.

Le traitement débute le 11 septembre, et est continué quotidiennement jusqu'au 21 du même mois. Le 21, le col n'est

presque plus rouge. La leucorrhée n'est plus purulente, mais franchement muqueuse.

Le 25, la malade sort de son propre gré, presque guérie.

OBSERVATION XIII. — *Endométrite totale.*

(Salle Fracastor. Lit n° 7, 7 septembre 1899).

La nommée Marguerite B..., culottière, âgée de 17 ans entre salle Fracastor le 7 septembre pour des douleurs de ventre et des pertes très abondantes qui datent de 2 mois environ.

Depuis, elle a perdu l'appétit et se plaint de fatigue générale et de céphalalgie.

La malade ne paraît pas syphilitique. Elle est mise au traitement de badigeonnages au protargol au 1/10^e à son arrivée à l'hôpital.

L'examen donne un col gros, violacé, ulcéré sur l'orifice, fendu transversalement bien que la malade n'ait jamais eu de grossesse. La leucorrhée est extrêmement abondante, de couleur jaunâtre.

Le 18 septembre, le traitement n'a pas donné de résultat sensible une épaisse mèche de mucus glaireux adhère à l'orifice du col.

Le 24 septembre, on observe un meilleur résultat au point de vue de l'aspect du col. La malade a vu d'ailleurs son état général s'améliorer.

Quand elle sort, ce même jour, elle peut-être considérée comme guérie, l'écoulement n'est plus appréciable.

OBSERVATION XIV. — *Métrite parenchymateuse.*

(Salle Astruc. Lit n° 16, 12 septembre 1899).

La nommée Eugénie C..., âgée de 26 ans, entre à l'hôpital le 12 septembre pour se faire soigner d'une métrite qui dure depuis un an et dont l'origine remonte à une fausse couche.

La métrite est intense, les pertes sont extrêmement abondantes, hémorrhagiques et purulentes. Le col est très gros, ulcéré, fendu en travers, rouge, saignant. La profondeur de l'utérus est de 8 centimètres, cet organe est en rétroversion. Douleur au toucher dans le cul de sac postérieur. Le corps appliqué contre le rectum est gros et peu mobile. La malade ressent une vive douleur au niveau du fondement; cette douleur s'irradie et est augmentée par l'exercice et la marche. Elle existe même au repos, trouble parfois le sommeil.

Nous faisons sans beaucoup d'espoir de succès l'application du traitement au protargol à 1/10^e en écouvillonnages. Les pansements commencent le 14 septembre.

Le 21, on croit constater une amélioration. Le col, quoique ulcéré, semble moins rouge, moins saignant. La leucorrhée, moins abondante, est cependant toujours notable.

Le 25 septembre, comme on ne constate pas d'amélioration sensible, on décide d'employer le crayon au protargol (1 gramme par crayon). Le 28, la malade perd abondamment en rouge depuis le 26.

La métrorrhagie cesse le 2 octobre.

On reprend le traitement le 5 octobre.

Écouvillonnage au protargol à 1/10^e.

Crayon au protargol, 1 gramme par crayon.

Le 10 octobre, on abandonne les crayons et l'on emploie pour l'écouvillonnage une solution plus forte à 200/0 de protargol.

Le 16, applications d'ovules à l'ichthyol en sus du traitement ci-dessus.

Le 20, la malade à qui l'on propose une intervention chirurgicale refuse et quitte l'hôpital *non guérie*.

OBSERVATION XV. — *Endométrite totale*.

(Salle Bouley. Lit n° 8, 21 septembre).

La nommée Aline M..., âgée de 18 ans, couturière, entre à

l'hôpital le 24 septembre, salle Bouley, pour une métrite qui date de trente jours avec une leucorrhée très abondante. Le col est gros, mou, très douloureux, présentant trois petites gerçures, deux à gauche, une à droite. On institue le traitement le jour même de l'entrée : écouvillonnages quotidiens au protargol, tampons glycélinés, dilatation progressive du col avec les bougies d'Hégar.

La malade, au repos absolu, doit prendre des injections chaudes au permanganate, environ trois par jour. Elle est pansée soigneusement. Le vagin est nettoyé aussi complètement que possible. Malgré tout, la malade accuse toujours une douleur sourde dans le bassin, s'irradiant aux lombes, l'empêchant de dormir la nuit. Troubles digestifs et nerveux. Au toucher, on sent l'utérus augmenté de volume et peu mobile.

L'hystéromètre pénètre de 8 centimètres, Le 25 septembre, le col est rouge vif, saignant avec facilité, une mèche visqueuse adhère à l'orifice du museau de tanche ; à droite et à gauche tendance à l'inflammation. Il y a deux croissants rouges saignant qui semblent s'agrandir vers le cul de sac. Après cinq pansements on avait obtenu une amélioration notable : le col était moins congestionné, moins rouge, moins gros, moins sanguinolent, l'ulcération s'arrondissait en diminuant de rayon. le corps était moins douloureux. L'écoulement seul restait aussi abondant.

Jusqu'au 13 octobre, l'état est stationnaire et s'améliore sensiblement du 14 au 21.

Le 21, les règles apparaissent et durent huit jours. Le traitement est repris, le col se modifie rapidement jusqu'au 7 novembre,

Il ne reste plus qu'un tout petit point ulcéré sur la lèvre postérieure.

Enfin, le samedi 12 novembre, la malade sort radicalement guérie après un séjour de sept semaines à l'hôpital.

OBSERVATION XVI. — *Endométrite totale.*

(Salle Van Swieten. Lit n° 10, 1^{er} octobre 1899).

La nommée Joséphine D..., 26 ans, entre à l'hôpital Broca dans le service du docteur de Beurmann, le 1^{er} octobre 1899, salle Van Swieten pour des accidents secondaires et pour une métrite ancienne datant de deux ans. Elle a eu un enfant et deux fausses-couches.

Elle perd abondamment depuis fort longtemps et elle attribue à ces pertes le mauvais état de santé dont elle jouit.

Le col est gros, tuméfié, douloureux, ulcéré et déchiré transversalement, rouge violacé, rouge vif à l'orifice, occupant presque tout le vagin. Le corps est gros, peu mobile. Antéversion.

L'hystéromètre donne 8 centimètres de profondeur. La dilatation est facile.

On la met au traitement dès le lendemain de son entrée.

Déjà, le 10 octobre, la nature de l'écoulement est modifié. Le traitement est interrompu par les règles du 12 au 18 et n'a été repris que le 25 octobre. Il a été continué tous les jours, et la malade est sortie sur sa demande le 5 novembre avec amélioration, et en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XVII. — *Endométrite cervicale*

(Salle Bouley. Lit n° 5, 11 octobre 1899)

La nommée Lucie C..., âgée de 18 ans, fleuriste, entre dans le service le 11 octobre, pour une métrite qui date du 10 septembre et qui est franchement de nature blennorrhagique. Vaginite et cystite concomitantes.

La leucorrhée est très abondante, le col est gros, rouge violacé, sans déchirures.

La malade a été déflorée le 10 septembre, pendant la période catéméniale.

Quand la malade se présente au premier examen, le 11 octobre, elle vient d'avoir ses règles. Les grandes lèvres sont tuméfiées. Il y a aux cuisses de l'herpès et de légères excoriations. La malade, qui souffre beaucoup, se refuse à l'examen du spéculum. On lui prescrit des injections chaudes au permanganate. Ce n'est que le 27 octobre qu'elle se décide à subir le traitement.

Le col est rouge vif et saigne facilement. L'utérus a une profondeur normale, il est difficilement pénétrable. Le corps est mobile, douloureux, mou, en antéflexion, la muqueuse est en ectropion.

Après deux pansements au protargol, la muqueuse du col présente une coloration normale ; les pertes sont moins abondantes.

Le 3 novembre, le museau de tanche n'offrait plus que les traces d'une ancienne ulcération circulaire ; les pertes, de vertes qu'elles étaient au début, sont devenues opalescentes.

Le 9, la malade retourne chez elle complètement guérie.

Nous l'avons revue pour une nouvelle apparition d'herpès, et nous avons été assurés que la guérison de la métrite était définitive.

OBSERVATION XVIII. — *Endométrite cervicale*

(Salle Astruc. Lit n° 2, 28 octobre 1899).

La nommée Berthe B..., couturière, entre à l'hôpital le 28 octobre, pour des manifestations syphilitiques secondaires (papules vulvaires) et pour des pertes blanches très abondantes.

Elle a été soignée, il y a quelques années, pour cette leucorrhée, mais elle ne peut donner aucun renseignement sur le traitement qu'elle a subi. Elle n'a jamais eu de blennorrhagie.

Actuellement, son col est gros, un peu mou, excorié au voisinage de l'orifice, pas très douloureux. L'utérus est en antéversion normale, mobile et non douloureux. L'hystéromètre pénètre de 7 centimètres. La muqueuse est en ectropion et saigne facilement. La leucorrhée est très abondante, très épaisse et non purulente.

Le traitement au protargol est institué le 13 novembre. La dilatation, très facile, a donné un peu de sang.

Le 15, à la suite du traitement, on cautérise les ulcérations du col à la teinture d'iode. La malade souffre notablement.

Le 17, on constate une modification très manifeste de la nature de l'écoulement. Il est moins épais, moins coloré, moins abondant. Après l'écouvillonnage, on place une mèche iodoformée à demeure dans la cavité utérine.

Le 21, le col est tout à fait normal ; l'écoulement est blanc et peu abondant.

Le 22, l'écoulement est insignifiant, la malade demande la suppression du traitement, déclarant qu'elle n'a plus de pertes.

On continue néanmoins le traitement jusqu'au 28 novembre, date où la malade est jugée définitivement guérie.

OBSERVATION XIX. — *Endométrite cervicale*

(Salle Fracastor. Malade du dehors, 5 novembre).

La nommée Louise R..., âgée de 23 ans, couturière, vient à l'hôpital le 5 novembre, pour se faire soigner d'une métrite qui

date du lendemain de son mariage, soit d'environ dix mois.

On constate un écoulement très abondant, de coloration verdâtre, qui semble, au premier abord blennorrhagique ; il paraît d'ailleurs que le mari ne peut être incriminé.

Le col est de couleur framboisée, de consistance dure avec déchirures multiples en rayons de roue. Il est gros, douloureux au toucher.

L'hystéromètre introduit dans la cavité utérine pénètre de 6 cent. 1/2. Le corps, mobile, est en antéversion normale.

Le traitement débute le 5 novembre 1899. Le pus est blanchâtre, visqueux et muqueux. Après trois pansements, le col ne saigne plus, l'amélioration est sensible.

Le 16 novembre, l'amélioration s'accroît, le col a repris sa couleur normale, les érosions et déchirures ne sont plus que des traces cicatricielles.

Le 20, la malade est considérée comme guérie. Il reste à peine quelques flueurs blanches que nous croyons dues plutôt à l'état général de la malade.

La malade, revue quatre jours après, se considère comme absolument guérie.

OBSERVATION XX. — *Endométrite cervicale.*

(Salle Astruc. Malade du dehors, 20 novembre 1899).

La nommée Claire G..., couturière, âgée de 17 ans, vient se faire soigner par nous pour une métrite blennorrhagique.

La malade était entrée à l'hôpital, salle Van Swieten, pour une blennorrhagie et une salpingite gauche, et en était sortie le 18 novembre avec un écoulement utérin abondant, blanc, épais, qu'elle promet de soigner par des injections très chaudes.

Quand nous la voyons, la blennorrhagie est guérie, le col est légèrement gros, mou, excorié, non douloureux.

L'écoulement est peu abondant ; profondeur utérine, 6 centimètres.

Le traitement au protargol est institué le 20 novembre, la malade vient se faire panser tous les deux jours.

Le 27, on constate une disparition complète de l'écoulement, lequel n'avait d'ailleurs jamais été très abondant.

Le traitement est interrompu, mais la malade est revenue sur notre demande le 30 novembre et la guérison semble alors définitive.

ARGUMENTATION

En résumé, nous avons traité vingt cas de métrite dont un certain nombre graves, anciens, n'ayant jamais été soignés.

Les observations rapportent un nombre égal de cas d'endométrite du col et d'endométrite totale.

Plusieurs nous ont paru pouvoir être nettement qualifiés de blennorrhagiques bien que nous n'ayons jamais pu constater de gonocoques.

Nous avons obtenu 11 guérisons sûres ;

3 guérisons probales ;

4 améliorations ;

2 échecs.

A cela, il faut ajouter deux cas de métrites puerpérales encore en traitement dans le service et pour lesquelles il nous a semblé que le traitement restait sans résultat.

En ce qui concerne la métrite du col et la métrite totale nous avons obtenu la guérison dans les $\frac{2}{3}$ des cas environ et une amélioration très marquée dans tous les autres cas.

La durée du traitement a varié de dix jours à sept semaines; avec une moyenne de quinze jours à trois semaines.

Les métrites qui nous ont paru céder le plus facilement au traitement sont les métrites jeunes et notamment les endométrites; peut-être cela tient-il à un degré moindre d'altération de l'utérus.

Nous avons eu un échec complet dans un cas de métrite hémorrhagique : le protargol n'a réussi ni à arrêter l'hémorrhagie, ni à la diminuer, ni à modifier l'écoulement muco-sanguinolent.

Notre second échec se rapporte à un cas de métrite d'origine puerpérale très ancienne. n'est-il pas permis de penser que le traitement continué plus longtemps nous eut donné quelques résultats ?

La malade partie de son plein gré et contre nos conseils, non guérie, nous est revenue avec une salpingite double et une métrite qui présentait cette fois des caractères aigus. Il y a eu réinfection.

Les menstrues nous ont paru avoir une influence fâcheuse sur la marche du traitement. Intervenant pendant le cours de celui-ci, elles ont toujours considérablement accru sa durée, et les succès que nous avons eu à enregistrer pourraient, semble-t-il, être attribués à cette influence.

Au contraire, dans nos cas heureux, le traitement avait été institué aussitôt après ou tout au moins à une époque très rapprochée de leur disparition.

Nous tirerons de ces remarques une règle de conduite et nous ne commencerons les traitements qu'à une

époque très voisine de la fin du flux menstruel, d'autant que ce sera une sécurité plus grande contre la simulation et la fraude que de ne nous point exposer à explorer ou dilater un utérus gravide en attendant le retour des menstrues.

Nous n'avons jamais observé que le traitement avançât notablement le retour des règles.

Dans les deux cas où nous avons essayé les crayons au protargol il ne nous ont point paru accélérer la guérison, il nous a même semblé préférable de nous abstenir de cette forme du médicament qui occasionne des douleurs, des coliques utérines et souvent de petites hémorrhagies.

Peut-être faut-il, dans notre manière d'opérer, accorder une certaine part d'influence à l'action mécanique de l'écouvillonnage, influence heureuse observée par le docteur Doléris.

Nous serions assez portés à considérer cette action mécanique comme un puissant adjuvant du protargol.

Toutefois l'écouvillonnage, doit être fait avec circonspection et modération pour ne pas altérer la muqueuse utérine et en diminuer la vitalité, surtout pour ne pas amener de notable effusion de sang.

CONCLUSIONS

I. — Pratiquée avec l'antisepsie la plus rigoureuse et la prudence nécessaire à toute intervention sur l'utérus, la méthode de l'écouvillonnage de la cavité utérine avec une solution de protargol à 1 gr. pour 10, a l'avantage d'amener des résultats plus rapides et plus sûrs que ceux qu'ont donné les méthodes précédemment préconisées.

II. — Dans tout cas de métrite du col ou du corps, récente, peu intense, blennorrhagique ou non, la guérison est la règle, exception faite pour les formes puerpérales et hémorrhagiques.

III. — Dans tout cas de métrite ancienne du corps ou du col une amélioration est sûre dans un temps variable ; la guérison survient dans les $\frac{2}{3}$ des cas.

IV. — Les métrites hémorrhagiques et puerpérales ne sont ni guéries ni améliorées par le traitement au protargol et ne relèvent que de la chirurgie.

Vu : LE PRÉSIDENT :
PINARD.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITEMENT DES MÉTRITES

- AUVARD. — Gynécologie.
- POZZI. — Gynécologie.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire.
- JACCOUD. — Dictionnaire.
- DELBET. — Article du traité de chirurgie.
- SIREDEY. — Article du Traité de méd. Brouardel et Gilbert.
- LEGUEU et LABADIE LAGRAVE. — *Gynécologie médicale*.
- CORNIL. — Leçons sur l'anatomie pathol. des métrites.
- POLAILLON. — Sur le traitement de l'endo-métrite par la flèche au chlorure de Zn, *Gazette médicale* 1889.
- DOLÉRIS. — De l'endo métrite et de son traitement *Arch. de Tocologie*. Paris 1887.
- CHERON. — De la médication intra-utérine, Paris 1879. *Revue medico chirurg. des maladies des femmes*.
- REILHAC Ferdinand. -- Du drainage de l'uterus et de son application thérapeutique. Paris 1886.
- BONNET Léon. — De la métrite des syphilitiques. *Thèse* Paris, 1887.
- BOYDAU Georges. — De l'avantage et de l'emploi de l'iodoforme comme suppositoire utérin. *Thèse* de Paris, 1881.
- DUFRAISSE Jules. — De la métrite chronique parenchymateuse et de son traitement par les saignées locales. *Thèse* de Paris, 1881.
- DUBOIS L. — Traitement de la métrite parenchymateuse par les scarifications du col. *Thèse* de Paris, 1880.

TERRILLON et AUWARD. — Traitement de la métrite parenchymateuse par les scarifications du col, *Bull. gén. de ther.* 1880.

DE SINETY. — Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes. Paris, 1879.

PROTARGOL

DESNOS. — Instillations de protargol dans les uréthrites chroniques. *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, juillet 1898.

HENRI FOURNIER. — Traitement de l'uréthrite blennorrhagique par le protargol, *Journal des maladies cutanées*, juin 1898.

PAUL NOGUÈS. — Traitement de l'uréthrite à gonocoque par le protargol. *Repert. de gynéc. et des voies urinaires*, 15 juillet 1898.

PH. VALENÇON. — De l'emploi du protargol en thérapeutique oculaire 1898.

PH. VALENÇON. — De l'emploi du protargol dans le traitement des plaies, 1899.

JOSEPH THOMAS. — Traitement des uréthrites par le protargol et l'acide picrique. *Thèse de Paris*, 1898.

LUCIEN GIRARD. — Du protargol et de son emploi en oculistique. *Thèse de Paris*, 1898.

DARIER. — Clinique ophtalmologique, 1898. Les nouveaux sels d'argent en thérapeutique oculaire.

BENARIO. — Uber Protocrojol Cutojno juceop zù duce Kritip-jnu Lumnurkuòojun Kocufruouid und Llock'd. Dnùtpy ums. Lnipù Louzl. 1898. xxiv Ifuzocz Lonill 65-67.

BAROZZI. — Traitement de l'uréthrite blennorrhagique par le Protargol. *Presse médicale* 1898, p. 285.

LOUIS BOUVY. — Considérations bactériologiques cliniques et thérapeutiques sur la blennorrhagie vulvo-vaginale des enfants. — *Thèse de Paris*, 1899.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
AVANT-PROPOS.....	5
Anatomie pathologique.....	10
Aperçu historique du traitement des métrites.....	13
<i>Le protargol.</i> — Ses propriétés chimiques	17
— — antiseptiques.....	19
Emploi du protargol en thérapeutique	22
EXPOSITION DU TRAITEMENT.....	26
OBSERVATIONS	34
ARGUMENTATION	52
CONCLUSIONS	55

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
